

trouvons une rhinite hypertrophique; et à gauche, un léger éperon de la cloison, ainsi qu'une dégénérescence polypoïde de la tête du cornet moyen. Le malade n'a jamais mouché de pus.

Rien à noter du côté du cavum, du pharynx et des amygdales palatines.

Quelques dents cariées n'ajoutent aucun intérêt à cette observation.

La diaphanoscopie à droite nous permet de constater que la pupille est lumineuse et la joue transparente. À gauche le sinus maxillaire est également transparent, ce qui nous assure que cette cavité n'a pas été envahie par la tumeur orbitaire.

Etat normal des sinus frontaux.

Légère hypertrophie des ganglions sous-maxillaires également prononcée des deux côtés. Les ganglions pré-auriculaires à gauche ne sont pas augmentés de volume.

Nous ne trouvons aucune maladie organique, ni aucune diathèse syphilitique tuberculeuse ou autre.

Il nous était relativement difficile de faire un diagnostic clinique quant à la nature intime de cette tumeur, et le microscope seul pouvait nous renseigner sur ses éléments purs ou associés de cellules osseuses, cartilagineuses, fibreuse ou sarcomateuses. Au point de vue pratique l'ablation n'en restait pas moins le traitement unique et l'opération étant acceptée, eut lieu le 23 février.

1ère Opération. Le malade endormi au chloroforme, et le champ opératoire aseptisé, nous faisons une canthotomie externe sur une longueur d'un centimètre, à légère concavité inférieure. La conjonctive qui recouvrait le néoplasme sur toute son étendue est incisée dans les pseudo-culs-de-sac supérieur et inférieur, et les paupières et la peau de la tempe sont soigneusement décollées avec les ciseaux. La tumeur étant alors entièrement mise à nu, nous pouvons l'enlever en partie après l'avoir détachée du rebord orbitaire supérieur, externe et inférieur. Au moyen de la curette nous terminons l'exérèse de tout ce qui restait au fond de la cavité, en allant aussi profondément que possible dans la direction du nerf optique. Ces manœuvres nous furent d'ailleurs rendues faciles par la présence d'une capsule bien limitée qui entourait entièrement le fibrome, et que l'on rencontre presque toujours dans cette variété de néoplasme. Comme le périoste paraissait totalement envahi, nous faisons ensuite une ablation soignée de tout ce qui avait pu échapper à notre premier curetage, et la voûte orbitaire qui est intacte attire spécialement notre attention. La tumeur pèse 55 grammes. L'opération est terminée par un bon nettoyage de l'orbite, quelques points de suture au can-

tus externe, et un pansement légèrement compressif. Les suites opératoires sont absolument normales. Nous sommes heureux de constater dans les jours qui suivent que le sourcil gauche est en ligne avec le droit. La cavité orbitaire nettoyée journallement à l'eau oxygénée supprime un peu, quoique les fongosités soient enlevées à la curette ou cautérisées. Cependant, elle se tapisse graduellement d'une couche granuleuse solide qui nous permet de considérer notre malade comme étant guéri au bout de deux mois. Tous les symptômes qu'il accusait avant l'opération sont disparus; la santé générale est meilleure et l'intelligence se développe. Bien que guéri, nous ne sommes pas amplement satisfaits de notre première opération, puisqu'il nous avait été impossible de nous occuper de la partie esthétique. Le néoplasme en se développant, avait fait subir aux paupières une dilatation forcée, aussi après son ablation, tout en s'enfonçant dans l'orbite, eurent-elles une tendance à se rétracter sur elles-mêmes, jusqu'au point de laisser cette cavité largement ouverte. Comme notre malade, en plus de cet état disgracieux, aurait toujours été exposé aux infections extérieures, nous lui faisons, le 20 avril, une tarsorrhaphie partielle.

2ième OPÉRATION. De nouveau endormi au chloroforme, nous détachons circulairement les paupières à leur base au niveau du point osseux de l'orbite, et nous continuons ce décollement sur le front et la joue afin de pouvoir mieux les mobiliser. Après avoir fait l'avivement des deux tiers internes de leurs lèvres méibomiennes, et complété l'hémostase, nous appliquons quelques points de sutures en apportant un grand soin au champ ciliaire. Un pansement protecteur termine cette petite intervention si facile. Dans les jours qui suivent, nous faisons des lavages antiseptiques de la cavité orbitaire en passant par la partie non suturée; et, comme la sécrétion était tarie à la fin de mai, le malade peut laisser l'hôpital absolument guéri. Nous lui recommandons cependant de répéter de temps à autre ces lavages au moyen d'une seringue, afin de maintenir sa guérison.

Mon excellent ami, le Dr Dupont, qui a bien voulu se charger de la pièce anatomique, a eu l'amabilité de me communiquer le rapport microscopique suivant :

« Examen histologique d'une tumeur de la grosseur d'un gros œuf de poule, développée dans la cavité orbitaire gauche.

« Les coupes portent sur les muscles de l'œil et sur la tumeur proprement dite. Sur celles préparées tout particulièrement par la méthode de Van Gieson et Wei-